

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1952

THÈSE ^{N°} 1013

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François, Charles, Marie de TIENDA-y-de ROBERT de LAFREGEYRE

Ancien Interne des Hôpitaux du Maroc

Né le 20 Octobre 1921, à Carmaux (Tarn)

Présentée et soutenue publiquement le

**ASPECTS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
ET DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE
EN MILIEU INDIGÈNE
DANS LA RÉGION DE MARRAKECH**

Président : M. Etienne BERNARD, Professeur

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI^e

1952

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

Nom du Candidat : de TIENDA-y-de ROBERT
de LAFREGEYRE

Prénoms : François, Charles, Marie

Date de la soutenance :

N° d'ordre :

de TIENDA-y-de
ROBERT de LAFREGEY-
RE (François, Char-
les, Marie). A.I.H. du
Maroc.- ASPECTS DE
LA TUBERCULOSE PUL-
MONAIRE ET DE LA
LUTTE ANTITUBERCU-
LEUSE EN MILIEU IN-
DIGENE DANS LA RE-
GION DE MARRAKECH.-
D.P. Taib, Paris
1952, in-8°, 77 pages

(Thèse Méd. (Etat)-
Paris 1952, n°)

de TIENDA-y-de
ROBERT de LAFREGEY-
RE (François, Char-
les, Marie). A.I.H. du
Maroc.- ASPECTS DE
LA TUBERCULOSE PUL-
MONAIRE ET DE LA
LUTTE ANTITUBERCU-
LEUSE EN MILIEU IN-
DIGENE DANS LA RE-
GION DE MARRAKECH.-
D.P. Taib, Paris,
1952, in-8°, 77 pages.

(Thèse Méd. (Etat)-
Paris 1952, n°)

de TIENDA-y-de
ROBERT de LAFREGEY-
RE (François, Char-
les, Marie). A.I.H. du
Maroc.- ASPECTS DE
LA TUBERCULOSE PUL-
MONAIRE ET DE LA
LUTTE ANTITUBERCU-
LEUSE EN MILIEU IN-
DIGENE DANS LA RE-
GION DE MARRAKECH.-
D.P. Taib, Paris,
1952, in-8°, 77 pages.

(Thèse Méd. (Etat)-
Paris 1952, n°)

de TIENDA-y-de
ROBERT de LAFREGEY-
RE (François, Char-
les, Marie). A.I.H. du
Maroc.- ASPECTS DE
LA TUBERCULOSE PUL-
MONAIRE ET DE LA
LUTTE ANTITUBERCU-
LEUSE EN MILIEU IN-
DIGENE DANS LA RE-
GION DE MARRAKECH.-
D.P. TAIB, Paris,
1952, in-8°, 77 pages.

(Thèse Méd. (Etat)-
Paris 1952, n°)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1952

N°

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(diplôme d'Etat)
par

François, Charles, Marie
de TIENDA-y-de ROBERT de LAFREGEYRE
Ancien Interne des Hôpitaux du Maroc.
Né le 20 octobre 1921 à CARMAUX (Tarn)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

ASPECTS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
ET DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE
EN MILIEU INDIGENE
DANS LA REGION DE MARRAKECH.

-:-

Président : M. Etienne BERNARD (Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1952.



OBSERVATIONS
de
MM. LES MEMBRES DU JURY

- :-

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAUDOIN, BRINDEAU, CARNOT,
CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT,
GUILLAIN, HARTMANN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY,
LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LOEPER, MARION,
MATHIEU, MULON, OMBREDANNE, ROUVIERE, SANNIE,
SEBILEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	OLIVIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	GASTINEL
Biologie médicale	VERNE
Cancérologie médicale, sociale	HUGUENIN
Carcinologie	OBERLING
Chimie médicale	POLONOVSKI
	{ Hôtel-Dieu BROCC
	{ St-Antoine CADENAT
Clinique chirur.	{ Salpêtrière MONDOR
	{ Cochin QUENU
Clinique chirurgicale répara-	{ MERLE d'AU-
trice et orthopédique	{ BIGNE
Clinique de cardiologie	DONZELOT
Clinique chirurgicale infan-	{ FEVRE
tile et d'orthopédie	{
Clinique chir. pleuro-pulmon.	MONOD
Clinique de la tuberculose	BERNARD
	{ PETIT-
Clinique de neuro-chirurgie	{ DUTAILLIS
Clinique de puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées	{ DEGOS
et syphilitiques	{
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER
Clinique des maladies du systè-	{ ALAJOUANINE
me nerveux	{
Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET

MM.

Clinique des maladies mentales) et de l'encéphale	DELAY
Clinique gynécologique	F. BRENTANO
Cliniques médicales	BENARD LAROCHE MOREAU LIAN
Clinique méd.hydro-climato.thér.	J. BESANCON
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V-R. LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Histoire de la méd.et de la chir.	MOUQUIN
Histologie	CHAMPY
Hygiène et clinique première enf.	CATHALA
Hygiène et méd. préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et histoire) naturelle médicale	GAILLIARD
Pathologie chirurgicale	de GAUDART d'A.
Pathologie exotique	LAVIER
Patho.expérimentale et comparée	LEMAIRE
Pathologie médicale	BARIETY
Path.et thérapeut.générales	de GENNES
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c.t.pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	MOULONGUET
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	CHABROL

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CORDIER DEBEYRE DELMAS		(HUGUIER LAURENCE LEGER
Anat.path.	(Mle GAU- THIER-V. BUSSE	Pat.chirur.	(OLIVIER PADOVANI POILLEUX
Bactériologie	(FASQUELLE NEVOT		(ROUX RUDLER VERNE
Biol.méd.	BOURLIERE		
Chimie méd.	(ETTORI JAYLE SCHAPIRA	Pat.expéri- mentale	(MERKLEN BERNARD
Dermato-sy- philigraphie	(N BULLIARD		(BOUDIN CASTAIGNE CONTE
Histologie	(COUJARD DESCLAUX		(DECOURT DOMART DREYFUS
Hydrologie	DEBRAY		(FAUVERT HAMBURGER
Hygiène	(BOYER DEPARIS	Pat.médicale	(KOURILSKY LAMY
Médecine)	(DEROBERT GAULTIER		(MAURIC MILLIEZ
légale	(N de SEZE		(PERRAULT RAMBERT
Neurochir.	N		(TIEFFRY TURIAF
Neurologie	(GRASSET LEPAGE MAYER		(LAPLANE MARIE
Obstétrique	(MERGER RAVINA VARANGOT	Pédiatrie	(LEVY Mle CHEYMOL
Ophtalmo- logie	(OFFRET DESVIGNES	Pharmacologie	(BARGETON PARROT
Oto-rhino- laryngol.)	(HALPHEN MADURO	Physiologie	(DOGNON DJOURNO
Parasito.	BRUMPT	Physique)	(GOUGEROT
Parasito. coloniale)	CHABAUD	médicale)	(BARUK
Pat.chirurg.	(ABOULKER BAUMANN GOSSET	Psychiatrie	(MICHAX
		Psychiatrie infantile	

Stomato. MM. CHAPUT (Mme) Thérapeutique BROUET
Urologie KUSS (chargé de l'ens.)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE,
pour le Service des examens.

MM. BRINDEAU (Obstétrique), GATELLIER (clini-
que chirurgicale), LE LORIER (Obstétrique),
VAUDESCAL (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT.

MM.			MM.	
Clinique)	(AMELINE		Clinique)	(BOULIN
chirur. }	(MENEGAUX			(BROUET
	(PATEL			(CACHERA
	(SICARD	Clinique }		(DELARUE
Clinique)	(DIGONNET	médicale)		(GARCIN
obstét. }	(ECALLE			(HAGUENEAU
	(SUREAU			(LENEGRE
Clinique)	(RENARD			(MARCHAL
ophtal. }				(SOULIE
Urologie	COUVELAIRE			

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Mlle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Bibliothécaires Mles DUMAITRE
GOICHON
LAURENT
LE NOIR

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.

A mes Parents,

Respectueuse reconnais-
sance.

A ma Femme.

A mon Frère et ma Soeur.

A mon Frère Jean, in memoriam.

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur Etienne BERNARD,
Professeur de la Clinique de la
Tuberculose,
Membre de l'Académie Nationale de
Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui m'a fait le grand honneur
de présider le jury de cette
thèse.

A Monsieur le Docteur SICAULT,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Directeur de la Santé Publique et
de la Famille du Maroc.

A Monsieur le Docteur SANGUY,
Directeur-Adjoint de la Santé
Publique et de la Famille du
Maroc.

A Monsieur le Docteur René HIGUE,

Directeur de la Santé Publique et de
la Famille de la Région de Marrakech,

à qui est due la création de
l'Hôpital Sanatorial Guichard.
Avec mon admiration et ma re-
connaissance.

A mes trois Médecins-Chefs
à l'Hôpital Sanatorial Guichard,

Messieurs les Docteurs,
François BESSON,
François BURZONI,
René MOREL,

Médecins des Services publics,

Qui ont guidé mes premiers
pas en phtisiologie et
m'ont appris à l'aimer.

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris,

Hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur Daniel CHRISTOL,
Ancien-Chef de Clinique des Hôpitaux
de Paris,

mon premier Maître.

A Monsieur le Docteur René LANGE,
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux
de Paris,
Médecin de l'Hôpital de Marrakech-
Gueliz,

de qui je suis fier d'avoir
été l'élève.

A Monsieur le Docteur Roger LEJEONE,
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux
de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital de Marrakech-
Gueliz.

Aux Médecins de l'Hôpital
de MARRAKECH-GUELIZ.

Aux Médecins de l'Hôpital MAUCHAMP
de MARRAKECH.

A tous mes Maîtres, collègues et amis
de la Santé Publique du MAROC.

A Mademoiselle SAUNIER,
Assistante Sociale régionale à
MARRAKECH.

et aux si dévouées Assistantes Sociales,
Qui oeuvrent en milieu indi-
gène sous sa direction.

ASPECTS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
ET DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE
EN MILIEU INDIGENE
DANS LA REGION DE MARRAKECH.

- :-

PLAN DE LA THESE

- : -

	pages
Avant-propos	22
1) Généralités sur la Région de Marrakech	23
2) Le dépistage	26
3) Les possibilités thérapeuti- ques régionales	38
4) La question sociale	52
5) Les facteurs étiologiques	59
6) Conclusions	69
Bibliographie	73

- : -

AVANT-PROPOS

-:-

La région de Marrakech, vaste territoire sur lequel réside le quart de la population du Maroc, a vu, depuis bientôt trois ans, son armement antituberculeux doté des deux pièces essentielles que sont un hôpital sanatorial et un service de chirurgie thoracique l'un et l'autre situés au chef-lieu régional.

Disposant de ces postes d'observation nouveaux venant s'ajouter aux dispensaires créés depuis longtemps, il devenait possible d'esquisser une vue un peu complète de la tuberculose pulmonaire en milieu indigène à Marrakech. C'est ce que l'on a tenté au cours des pages suivantes.

Lorsqu'on travaille en partie sur des statistiques, on ne possède qu'une approximation parfois déformante de la question étudiée et tout dépend, de plus, du genre de malades auquel on a eu affaire. Dans le cas particulier, on voudrait espérer que l'aspect "dispensaire" a été partiellement corrigé par l'aspect "clinique" des services hospitaliers et sanatoriaux et ne dégarer pour conclure que les éléments essentiels.

-:-

CHAPITRE I

GENERALITES SUR LA REGION

-:-

a) Superficie :

La région de Marrakech est une des plus vastes du Protectorat. Elle possède en effet une superficie de 109.359 km² (sur un total de 420.000 km² pour la zone française et 520.000 km² pour l'ensemble du Maroc).

Cette superficie représente un cinquième de celle de la France ; mais les montagnes en occupent un dixième et seul un tiers des terres est cultivable.

b) Administration :

Cette région se compose du :

- 1) "territoire" urbain de Marrakech ;
- 2) "territoire" de Marrakech-Banlieue ;
- 3) "territoire" de Safi ;
- 4) "territoire" de Ouarzazate (au-delà de l'Atlas) eux-mêmes subdivisés en cercles, puis circonscriptions.
- 5) Cercle indépendant de Mogador.

La région est placée sous le commandement d'un général, à la fois chef civil et militaire, représentant du Résident-général et du commandant supérieur des troupes du Maroc auprès du Pacha de Marrakech.

Le Directeur de la Santé Publique est représenté par le Médecin-Chef régional.

c) Population :

D'après le recensement de 1951 la population régionale s'élève à environ

2.235.000 habitants (sur 8.600.000 pour le Protectorat) dont :

2.160.000 Musulmans ;
50.000 Israélites ;
25.000 Européens.

Avec une densité de 22 habitants au Km², la région est une des plus peuplées du Maroc.

Voici comment se répartit sa population :

1) La ville de Marrakech compte :

208.000 Musulmans ;
15.400 Israélites ;
14.837 Européens,

soit 238.237 habitants.

La ville possède une population flottante indigène d'environ 15.000 habitants (caravanes de la journée et un nombre important de visiteurs, qui leurs affaires terminées, viennent dans les différentes formations sanitaires).

2) Sur le territoire Marrakech-Banlieue vivent :

994.100 Musulmans ;
17.600 Israélites ;
5.800 Européens ;

soit 1.017.500 habitants.

3) Le Territoire de Safi compte :

406.000 Musulmans ;
5.000 Israélites ;
3.700 Européens,

soit 414.700 habitants.

La ville, qui est le deuxième port du Maroc, abrite elle-même 65.000 habitants.

4) Sur le vaste territoire de Quarzazate, qui englobe une partie des confins Saha-

riens, Algéro-Marocains, vit une population comprenant :

200.000	Musulmans ;
4.000	Israélites ;
<u>200</u>	Européens ;

soit 204.200 habitants.

5) Le Cercle de Mogador compte enfin :

321.000	Musulmans ;
8.000	Israélites ;
<u>1.300</u>	Européens ;

soit 330.300 habitants.

CHAPITRE II

LE DEPISTAGE

-:-

Il compte deux stades : le "Stade primaire", qui est l'oeuvre collective :
- des médecins, fonctionnaires (à temps plein ou partiel) de la Direction de la Santé Publique et de la Famille ;
- des médecins du Secteur libre ;
- des organismes privés, possédant un conseiller médical.

Tous les malades, reconnus malades ou suspects sont dirigés de suite sur un des 3 dispensaires antituberculeux de la région, où s'effectue le "Stade Secondaire" du dépistage.

A) - Le Stade Primaire :

Il est surtout opéré au sein des formations non spécialisées de la Direction de la Santé.

Celles-ci toujours plus nombreuses et plus importantes, voient venir à elles un nombre extrêmement élevé de consultants.

Cela s'explique non seulement par les soins remarquables qui y sont donnés, mais aussi parce que ceux-ci sont gratuits de même que les médicaments pour une bonne part.

1) Parmi ces formations il faut placer au premier rang les deux centres de Santé de la ville de Marrakech :

celui de Bab-Khémis et celui de Riad Mogha.

En effet, ces deux importants dispensaires polyvalents enregistrent chaque année le plus grand nombre de consultants.

Ils sont destinés à remplacer la consultation médicale de :

2) l'Hôpital Mauchamp à Marrakech (270 lits) qui ne sera plus dans un proche avenir, que la principale unité de soins de la région pour les indigènes.

3) C'est aussi dans ce dernier Hôpital, que se tient la Commission Régionale de Santé par laquelle sont examinés obligatoirement au point de vue général et pulmonaire (scopie) tous les candidats à un poste de la fonction publique (circulaire de décembre 48).

4) Au chef-lieu de chaque territoire (ou le cercle indépendant) le dépistage a lieu dans les consultations de chacun des trois Hôpitaux importants de : Safi, Mogador et Ouarzazate.

5) et aussi dans chacune des douze infirmeries locales de la région (presque toutes possèdent la scopie).

6) pour les localités non pourvues d'infirmeries (ou de salle de visite) le dépistage est assuré par un Groupe Sanitaire Mobile Régional.

7) A Marrakech, Safi et Mogador le "Bureau Municipal d'Hygiène", prend également part au dépistage.

8) Très important également est le rôle de l'Inspection des Ecoles, assuré en permanence par les Médecins et Assistantes Sociales du "Service Médico-Social", partie semi-autonome de la "Santé Publique", aidés une fois par an par un Groupe Mobile de Radio Dépistage du Service Central de la Tu-

berculose de l'Institut d'Hygiène de Rabat.

9) Citons encore l'oeuvre non négligeable des Services médicaux des chemins de fer du Maroc, des Mines et entreprises privées, de l'Oeuvre de Secours aux enfants (Israélites), des dispensaires des soeurs franciscaines, de l'Armée, lors des visites des recrues ou de son personnel civil.

B) - Le Stade Secondaire :

Il est l'oeuvre des trois D.A.T. régionaux, situés à Marrakech, Safi et Mogador.

Ceux-ci sont placés sous la direction effective du "Médecin Consultant Régional de Phtisiologie" aidé de cinq médecins spécialistes ou compétents. Pour ne pas être débordé par le nombre toujours très élevé des "amateurs de scopie gratuite" on n'examine, en principe, que les sujets malades ou fortement suspects, dépistés par un confrère (Stade primaire) et envoyés éventuellement pour :

- confirmation de diagnostic,
- prise en charge et traitement.

Cependant certains consultants sont envoyés directement et d'une manière systématique par divers auxiliaires médicaux, le plus souvent parce qu'ils ont été en contact avec des tuberculeux. Ce dépistage est surtout l'oeuvre de toute une équipe d'assistantes sociales et d'infirmières,

- de fonctionnaires du "Service Médico-Social" (branche semi-autonome de la Direction de la Santé Publique et Famille),
- ou du service d'organismes privés.

D'autre part les dispensaires examinent la domesticité indigène, envoyée par les bureaux de placement, qui incluent mainte-

nant une scopie pulmonaire dans la liste des examens et vaccinations, qu'ils font subir systématiquement.

Mais cependant les 3/4 des consultants ont déjà été triés.

La clientèle normale de ces dispensaires se recrute dans les milieux modestes ou très modestes. Il faut encore remarquer qu'en raison du fait que les dispensaires sont situés dans les villes, la majorité des consultants sont citadins (70 %) ; l'apport des campagnes est loin d'être négligeable. La "Meurd es sell" ou "mauvaise maladie" ainsi que les indigènes appellent la tuberculose pulmonaire, n'est plus, comme à notre arrivée dans le pays, localisée à quelques vieilles villes. Elle s'étend de manière encore plus inquiétante dans les campagnes que dans les villes en raison des faibles indices tuberculiniques du "Bled". (Nous aborderons plus loin les causes de cette extension rapide).

Ces modalités de recrutement des D.A.T. impliquent diverses conséquences :

Tout d'abord au point de vue de la gravité des lésions présentées, les sujets examinés peuvent se classer en deux groupes :

- Celui des nourrissons, adolescents post-scolaires, les adultes jeunes, le plus souvent très atteints et envoyés au D.A.T. avec l'espoir que celui-ci pourra encore faire quelque chose, mais qui malheureusement n'offrent souvent qu'un intérêt statistique. C'est de beaucoup le plus important : 2/3 des consultants.
- Celui des enfants des écoles franco-marocaines ou des collectivités d'adultes très surveillées, qui ne présentent en général que des formes discrètes (peut-être parce

qu'ils sont retirés une partie de la journée du milieu contaminateur).

Tout ceci implique que les chiffres que l'on trouvera ci-après sont des maxima.

Ces remarques préliminaires faites, voici quelques chiffres concernant ces dispensaires :

1 - D.A.T. de MARRAKECH

Le plus ancien des trois (1927), il en est aussi le plus important. Il draine en effet les deux territoires de Marrakech (ville et banlieue). En 1947 : 573 tuberculeux pulmonaires dépistés dans l'année. Depuis sa réorganisation en octobre 1949 jusqu'à octobre 1952, soit en 36 mois : 7.687 tuberculeux pulmonaires dépistés et pris en charge (plus 413 ganglionnaires).

La moyenne mensuelle des consultants indigènes s'élève à 530, dont $3/4$ venant pour la première fois et sur lesquels $1/4$ est malade et pris en charge. Par exemple :

En juin 1952 : 112 tuberculeux pulmonaires ont été dépistés.

En juillet 1952 : 138 tuberculeux pulmonaires ont été dépistés.

En août 1952 : 87 tuberculeux pulmonaires ont été dépistés.

2 - D.A.T. de SAFI.

Malades inscrits depuis octobre 1949 : 1.563

Moyenne mensuelle de consultants : 120

Moyenne annuelle de tuberculeux pulmonaires dépistés : 235.

3 - D.A.T. de MOGADOR.

Malades inscrits depuis octobre 1949 : 397

Moyenne mensuelle de consultants : 47

Moyenne annuelle de tuberculeux pulmonaires
dépistés : 96.

A la lecture de ces chiffres on ne peut qu'être impressionné, malgré les réserves faites plus haut, par le nombre très élevé de tuberculeux pulmonaires dépistés chaque mois dans la Région.

Nous voudrions maintenant essayer de préciser quelques aspects de la maladie, telle qu'elle apparaît tout d'abord au D.A.T. avec les moyens d'investigation dont il dispose :

- Examen radioscopiques consignés sur fiches.
 - Radiographie (en général de face),
 - Tests tuberculiniques,
 - Examens bacilloscopiques,
- et avec l'aide de divers autres documents locaux.

Les Index Tuberculiniques Régionaux :

Ici nous possédons grâce à la campagne de vaccination par le B.C.G. des chiffres très valables, qui corrigent ceux, très fragmentaires et inexacts, fournis par les fiches du D.A.T. et correspondant à de simples cuti-réactions.

Nous avons résumé ces chiffres dans le tableau suivant, qui est basé sur la lecture d'intra-dermo-réactions (sujets de plus de 6 ans) ou des patch-tests de Moro (sujets de 0 à 6 ans).

INDEX TUBERCULINIQUES DE LA REGION DE MARRAKECH.

	Ville de Marrakech	Ville de Safi	Ville de Mogador	Campagnes (moyennes)
0 à 4 ans	26,2	19,3	33,4	10,7
10 à 15 ans	60,9	55,2	61,1	30,2

Ces chiffres sont une moyenne entre les populations scolaires et non scolaires.

On remarque la grande différence existant entre la tuberculisation des villes, et celle des campagnes. Dans les villes elle est extrêmement précoce : dès la première année à Marrakech, l'index atteint 11 % chez les Musulmans et 8 % chez les Israélites.

A 8 ans il atteint 55 %.

Il marque un pallier entre 10 et 13 ans.

Les chiffres concernant l'un et l'autre sexe montrent une tuberculisation légèrement supérieure en ce qui concerne les garçons.

Morbidité : Les coups de sondes très soignés, pratiqués dans le bled au cours de diverses enquêtes radioscopiques, montrent qu'on ne trouve guère plus de 3 % d'images pulmonaires anormales chez les sujets allergiques. En ville le dispensaire ne peut donner une allure de la tuberculose pulmonaire, qu'en précisant les proportions respectives des formes graves et bénignes. N'ont vraiment d'intérêt, que les examens concernant les enfants al-

lergiques de 0 à 2 ans, qui font encore leur tuberculose initiale et chez qui une image pathologique a tout lieu d'être tuberculeuse.

ASPECTS RADIOLOGIQUES ET EVOLUTIFS:

Précisons qu'en raison de la rapidité avec laquelle on doit travailler au D.A.T. les dossiers ne comportent le plus souvent, que des schémas traduisant les radioscopies de face et de profil, avec un bref commentaire.

(Il existe des radiographies pour seulement 6 % des malades inscrits).

Les images granuliques ont donc dû passer inaperçues.

Par manque de moyens, les bacilloscopies ne concernent que 4 % des malades.

L'évolution des images quoique irrégulièrement notée, du fait de l'irrégularité des malades (pourtant relativement fidèles) est par le fait un des meilleurs éléments diagnostiques.

Nous avons dépouillé 800 dossiers parmi les plus récents dont :

12 % d'enfants de 0 à 4 ans	} des deux sexes
18 % de 4 à 15 ans	
70 % d'adultes dont 3/4 d'hommes et 1/4 de femmes.	

En premier tri nous avons éliminé 28 % des fiches parce que :

- ne faisant mention que de gros hiles banaux,
- ne montrant que des cicatrices pleurales ou des calcifications hilaires ; cette dernière catégorie étant rare (3 %) étant donné que peu de tuberculoses initiales guérissent spontanément. L'impossibilité

habituelle de connaître la date du virage d'un test tuberculinique empêche de classer avec certitude, sauf chez le tout petit ou devant certaines formes anatomo-cliniques, une image parmi les formes initiales ou celles de réinfection. Aussi utilisant les seuls critères radiologiques avons-nous, selon un procédé déjà utilisé au Maroc, classé nos dossiers en :

- a) images bilatérales dès le premier examen;
- b) images unilatérales, à topographie hémithoracique, lobaire ou segmentaire de l'étage supérieur des champs pulmonaires.
- c) images hilaires et périhilaires et les pleurésies.
- d) images de l'étage inférieur des champs pulmonaires.
- e) les autres formes.

a) Les images bilatérales dès le premier examen. Nous entendons par là :

- des infiltrats diffus, homogènes ou non,
- de gros nodules disséminés, excavés ou non.

Ces formes représentent 41,5 % des cas.

Il est caractéristique de voir que toutes proportions gardées, les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans en présentent très fréquemment (20 %), ainsi que les adolescents (25 %). Bien entendu les adultes jeunes fournissent la plus grosse part.

La forme ulcéro-caséuse est beaucoup plus fréquente que les formes nodulaires ou ulcéro-nodulaires.

L'évolution en ce qui concerne les nourrissons et les enfants est très rapidement fatale si l'on en juge par les aggravations constatées au courant d'un nombre en général res-

treint de consultations successives. Mais il faudrait avoir la certitude du décès, ce qui serait très difficile dans un pays où l'état civil vient à peine d'être institué, où les gens déménagent sans arrêt et n'ont pas la notion du temps.

b) Les images unilatérales, à topographie hémithoracique lobaire et segmentaire :

C'est-à-dire les infiltrats excavés ou non et les opacités limitées. C'est une catégorie moins importante en nombre : 26 % des cas. En effet, on n'a suivi au D.A.T. que des malades refusant l'hospitalisation.

Là encore pourcentage élevé d'enfants de 5 à 10 ans (35 %) chez qui l'on notera la fréquence des complexes ganglio-pulmonaires (30 % des enfants) et aussi d'opacités souvent multilobaires ou même hémithoraciques avec alors de grosses adénopathies. Mais chez eux les formes ulcéro-caséuses sont presque aussi fréquentes que chez les adultes jeunes.

Dans cette catégorie on notera à Marrakech une assez notable proportion de formes ulcéro-fibreuses et fibreuses. L'évolution ne se montre pas ici aussi désespérante : on ne trouve que 25 % d'aggravations, quoique la part du traitement soit assez faible.

c) Les opacités hilaires ou parahilaires et les pleurésies :

Formes relativement bénignes, représentant 18 % des cas.

Relativement bénignes quant à l'évolution :
68 % de régressions partielles ou totales,
20 % de "sans changement"
12 % d'aggravations.

Mais il n'est pas rare d'observer chez l'enfant marocain des atteintes ganglionnaires

hilaires ou parahilaires énormes, envahissant une partie importante du champ pulmonaire et pleurésie surajoutée.

Les pleurésies tuberculeuses représentent 8 %. Leur évolution a été étonnante, étant donné le peu de repos dont ont joui ces malades, qui n'ont rien changé la plupart du temps à leur genre de vie, si dangereusement opposé aux nécessités thérapeutiques (60 % de guérison se maintenant avec plus de deux ans de recul).

d) Images de l'étage inférieur :

(groupent 12 % des dossiers retenus).

Il s'agit :

- soit d'opacités très denses, en coin, à topographies lobaire ou segmentaire ;
- soit d'ombres plus discrètes, moins bien délimitées.

Dans les 3/4 des cas il s'agissait d'opacités siégeant à droite. Un très petit nombre était à gauche ou bilatérales.

Les enfants occupent une place importante (26 % des cas) bien que cet étage soit en général plus celui des affections broncho-pulmonaires banales, que celui de la tuberculose infantile.

Il s'agit en majorité d'enfants jeunes (de 0 à 4 ans 35 %) chez qui la tuberculose peut être imputée.

Une assez forte proportion de ces malades a été envoyée à l'Hôpital et en est revenue avec des diagnostics confirmés d'abcès du poulmon, de dilatation des bronches et surtout de kyste hydatique.

Il faudrait faire une part à l'ascaridiose qui touche peut-être 25 % de la population, et chez les enfants, des corps étrangers en raison de la prépondérance des images droites.

e) Les autres formes :

Les granulies, les pneumonies caséuses, les broncho-pneumonies caséuses représentent à peine 2,5 %.

Ce chiffre est certainement très inférieur à la réalité, l'évolution étant trop rapide pour que la famille aille ou revienne consulter. Naturellement les quelques cas observés l'ont surtout été chez le tout petit et l'adulte jeune.

Les méningites échappent presque entièrement au dispensaire.

On a vu par ce qui précède et qui est comparable à ce qui se passe à Casablanca et Tanger, quelle est, en général, la gravité des formes cliniques observées.

Quelles sont les thérapeutiques qu'on peut leur appliquer sur le plan régional ? C'est là ce que vous voudrions essayer maintenant de mettre en lumière.

CHAPITRE III

LES POSSIBILITES THERAPEUTIQUES REGIONALES.

-:-

A) Le Dispensaire :

Son action thérapeutique est dirigée en faveur :

Des malades porteurs de lésions à la limite ou franchement au-delà de la curabilité.

De ceux qui curables ne peuvent être hospitalisés parce qu'eux-mêmes ou leurs parents refusent l'hospitalisation (cas très fréquent : environ 3 fois sur cinq).

De ceux qui attendent une place d'Hôpital.

Des malades déjà traités, sortant des Hôpitaux spécialisés et qui ont besoin d'être insufflés ou surveillés.

Des ganglionnaires, nombreux dans la région, qui sont également pansés et surveillés radiologiquement.

C'est ainsi qu'en ce qui concerne le D.A.T. de Marrakech, on y soigne environ 350 malades. Les dispensaires disposent en effet d'une dotation de médicaments axée sur la Streptomycine, le P.A.S., l'Isoniazide et de quelques médicaments symptomatiques et fortifiants. Mais il ne s'agit là, que d'un stock de dépannage. Le seul établissement spécialisé de la région, n'ayant comme nous le verrons qu'une capacité de 210 lits, devant la multitude des malades dépistés chaque mois dans les trois dispensaires régionaux, les médecins du dispensaire de Marrakech, pour les malades en instance de pla-

cement, pour ceux dont l'état ne permet pas d'envisager l'octroi d'une place, ou pour bloquer une évolution et gagner du temps, ont cherché une méthode adaptée aux circonstances et aux malades.

A côté d'un petit nombre de thérapeutiques médicamenteuses actives, réservées à des malades sélectionnés et ne voulant pas créer de Pneumothorax ambulatoires, ils ont pensé que le Pneumopéritoine était tout indiqué. Depuis un an ils ont institué quarante-sept pneumopéritoinies ambulatoires chez des adultes (hommes seulement). Les trente premiers ont été réservés à des malades devant bénéficier dans un avenir peu éloigné de l'hospitalisation : donc chez des malades curables, qui pour la plupart ont bénéficié par la suite de la cure dans la formation spécialisée régionale. Mais sur ces trente, huit sont tellement près de la stabilisation, qu'il ne semble plus nécessaire de prévoir pour eux une place à l'Hôpital.

Les dix-sept autres étaient des bilatéraux avec un côté très atteint.

Des résultats dans cette catégorie ont été au delà de toute espérance puisque onze d'entre eux ont nettoyé presque complètement le côté le moins malade.

Tous leurs malades se trouvent satisfaits de cette méthode de traitement, qui n'a eu que des avantages et n'a dû être abandonnée que trois fois en raison de douleurs abdominales pénibles et absence de surélévation de la coupole.

B) l'Hôpital Sanatorial GUICHARD

Rouage principal de la lutte antituberculeuse de la Région, il est situé à 7 kilomètres de Marrakech dans le magnifique cadre de la palmeraie (13.000 hectares, 100.000 dattiers).

Il a été créé en Décembre 1949 par le Docteur Higué, Directeur Régional de la Santé Publique et de la Famille, que préoccupait beaucoup l'extension de la tuberculose pulmonaire dans sa Région. Aidé d'un Phtisiologue énergique, le Docteur Morel, le Directeur Régional a lancé cet essai sanatorial en milieu indigène en utilisant des bâtiments datant de 1936 et servant à l'hospitalisation de malades atteints d'affections épidémiques et aux chroniques de l'Hôpital Mauchamp. (Bâtiments d'ailleurs parfaits car munis de galeries de cure très bien conçues).

Depuis d'autres bâtiments ont été construits et la capacité hospitalière atteint actuellement 210 lits. Elle sera d'ailleurs augmentée peu à peu. L'Hôpital reçoit des indigènes Musulmans et Israélites : hommes, femmes et enfants à partir de trois ans.

C'est ainsi qu'on y trouve :

- un service d'hommes (90 lits)
- un service de femmes (70 lits)
- un service d'enfants (30 lits)
- un service d'osseux (20 lits) dont s'occupent des chirurgiens spécialisés.

Il possède un équipement absolument complet et moderne et l'on y pratique Sections de brides et bronchoscopies.

Grâce à l'Hôpital Civil, dont le chirurgien est spécialisé en chirurgie thoracique, toutes les interventions courantes de cette spécialité peuvent être pratiquées dans cet établissement et dans d'excellentes conditions.

La région de Marrakech possède comme on le voit toutes les pièces d'un armement anti-tuberculeux moderne.

Elle est une des mieux équipées du Maroc, possédant avec l'Hôpital Guichard un des trois seuls établissements spécialisés, tant

que n'est pas ouvert le Sanatorium mixte franco-marocain de Ben Smine dans la Région de Meknès. En effet les deux autres établissements ne drainent que Casablanca. Ce sont :

L'hôpital d'El Hank à Casablanca (120 lits) et le Sanatorium de Ben Ahmed près de Settat (180 lits), et qui n'a pas de centre chirurgical annexé.

Il peut paraître un peu hardi d'avoir créé un hôpital sanatorial dans une région dotée d'un climat aussi pénible à supporter en été que celui de Marrakech.

Ce n'est qu'un préjugé comme nous allons essayer de le montrer en résumant les caractéristiques de ce climat et en transcrivant l'essentiel des jugements portés sur lui par de très éminents climatologues français et étrangers.

Situation Géographique et Climat de Marrakech

La ville de Marrakech: 35° de latitude, 450 m. d'altitude, est située au centre de la plaine du Haouz. Celle-ci est limitée au Sud et à l'Est par le Haut Atlas dont les sommets atteignant 4.000 m sont à environ 70 km ; au nord et au nord-ouest par les Djebilets, contreforts de l'Atlas qui isolent en partie de la mer distante de 150 km (vers l'ouest).

Ces conditions géographiques déterminent un climat caractérisé essentiellement par :

- 1° - l'ensoleillement,
- 2° - la luminosité,
- 3° - la chaleur,
- 4° - une pluviométrie et une nébulosité basses,
- 5° - des vents très modérés,
- 6° - la sécheresse relative de l'air,
- 7° - un état électrique atmosphérique très favorable.

1 - L'ensoleillement

De décembre à juin il est de l'ordre de celui du Briançonnais et de la Cerdagne en mai et juin. On peut le comparer avec avantage à celui de l'Egypte.

2 - La luminosité : est toujours très grande : en janvier elle égale celle de Biarritz, en août. La nuit il n'est pas rare de pouvoir lire au clair de lune.

3 - la chaleur : le jour, il règne à Marrakech, d'octobre à mai, une température d'une douceur incomparable (25° en moyenne). L'été, la chaleur n'est vraiment pénible que l'après-midi. On observe alors couramment 40° sous abri.

La nuit, elle tombe pendant la période non chaude à 4 ou 5 degrés, rarement moins.

Ceci s'explique à l'influence de l'Atlas couvert de neige durant 7 mois.

4 - Une pluviosité et une nébulosité basses :

La pluviométrie est par exemple de 30 m/m en janvier. Il n'y a guère plus d'une trentaine de jours gris à Marrakech.

5 - Des vents très modérés :

Malgré la distance et les Djebilets, la brise de mer se fait souvent sentir le soir, de septembre à mai.

Le Sirocco est lui un facteur pénible d'une autre importance : il amène une élévation de la température très importante (45° et plus sous abri), un dessèchement de l'air et une poussière si abondante et pénétrante que le ciel en est comme plombé.

Mais il ne souffle que quelques dizaines de jours en été et encore rarement plus de trois jours à la file.

6 - La sécheresse relative de l'air :

Si l'influence de la mer est minime,

ceci compensant cela, l'Atlas est une bonne barrière pour les effluves sahariennes et de plus une vaste réserve hydraulique.

La palmeraie vit de l'eau de l'Atlas et les barrages aqueducs et bassins d'irrigation qui permettent d'avoir beaucoup de verdure, relèvent l'état hydrométrique de l'air.

Aussi, sauf l'été, celui-ci n'est-il pas vraiment sec, mais extrêmement léger et sédatif comme celui que l'on respire à moyenne altitude.

7 - Un état électrique atmosphérique très favorable :

En effet il règne en général à Marrakech un potentiel élevé, une ionisation faiblement négative, ce qui constitue un ensemble tonique sans être excitant.

On peut donc valablement penser que le climat de Marrakech présente neuf mois sur douze, les avantages d'un climat de plaine et ceux d'un climat d'altitude moyenne réunis.

Ceci explique la faveur internationale de la station climatique et le choix de la palmeraie pour abriter l'Hôpital Sanatorial régional, situé à une distance idéale de la ville d'où sont originaires un grand nombre de malades traités, qui étant dans leur climat souffrent peu de l'été.

Mais on pourra se demander ce que deviennent les formes évolutives ou hémoptoïques ; l'expérience montre qu'elles ne sont pas aggravées à Marrakech pour ces indigènes, qui sont là en grande majorité dans leur climat d'origine et dans de bonnes conditions de cure.

En effet, le recrutement géographique de l'établissement se répartit ainsi :

Marrakech	51 %	} soit 88 % de la région de Marrakech
Marrakech-banlieue	14 %	
Safi	18 %	
Mogador	5 %	
Casablanca	4 %	
Rabat	1 %	
Régions diverses	7 %	(dont 2 % d'an- ciens militaires issus principalement du centre de Meknès).

Cette statistique basée sur l'étude des dossiers de 608 tuberculeux pulmonaires, traités et sortis de l'établissement depuis mai 1950 jusqu'à mai 1952, tend actuellement à se modifier dans le sens d'une diminution des malades étrangers à la région. Celle-ci en effet a bien assez à faire avec ses propres malades.

Les malades traités durant cette période ont été pour 56 % des hommes, 28 % des femmes et 16 % d'enfants. Les Israélites représentent 8 %.

Ils étaient issus pour 71 % des D.A.T. régionaux.

La durée moyenne du séjour a été de 118 jours. Mais elle a été fortement abaissée par le nombre important de malades qui, au début, ne restaient que quelques jours ou semaines, puis s'évadaient.

La proportion était si forte, tant est contraire à la mentalité indigène, la psychologie de la cure sanatoriale : il était tellement décevant et sans intérêt d'entreprendre des traitements coûteux chez de tels malades, qu'on a décidé de leur faire signer une déclaration, par laquelle ils acceptaient la vie sanatoriale et, ce faisant, une liste des droits et devoirs du malade à l'Hôpital Guichard, leur était communiquée. De plus, toutes les fois que

le cas le permettait, on les mettait au seul "Bed Rest", non seulement pour permettre une étude radiographique, bactériologique et clinique de leur cas, mais aussi pour voir dans quelle mesure ils réagissaient à la discipline de l'établissement.

Pour les mineurs, on fait signer aux parents une autorisation de pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale jugée nécessaire. Car il est arrivé que des parents retirent leurs enfants parce qu'on avait jugé nécessaire de créer un pneumothorax le lendemain. Ceci est tout aussi vrai pour les adultes.

Il faut très longtemps et beaucoup de patience oratoire pour vaincre la méfiance ou la répugnance des malades pour un traitement leur paraissant pénible, astreignant, mystérieux, auquel il est rare qu'ils apportent une adhésion spontanée.

Malgré une connaissance étendue de leur mentalité de la part des Médecins et de tout le personnel, un maximum de liberté octroyé dans le régime des cures et pour les fêtes patrico-religieuses, nombreuses dans une théocratie comme le Maroc, 101 malades soit 17% se sont évadés de la formation, 158 soit 26% sont sortis prématurément et 33 soit 5% ont dû être renvoyés pour mesures disciplinaires.

Ce qui intéresse les malades lors de la visite, ce sont les permissions (au bout desquelles ils ne rentrent pas ou qu'ils prolongent trop), la date probable de leur sortie et ce que fera le Service Social en leur faveur, beaucoup plus que leur maladie. Ceci, sauf exceptions heureusement de plus en plus fréquentes.

Les FORMES CLINIQUES présentées par ces 608 malades se répartissent comme suit :

a) Tuberculoses initiales:

- Adénites médiastinales importantes : 27
 - Complexes ganglio-pulmonaires: 11
 - Complexes ganglio-pleuro-pulmonaires : 5
 - Opacités diverses à bascules: 7
- soit : 50 cas

b) Tuberculoses de réinfection:

1) Aiguës:

- broncho-pneumonies: 5
- Spléno-pneumonies: 2
- Pneumonies caséuses: 8

soit : 15 cas.

2) Chroniques:

- ulcéro-caséuses unilatérales: 152
- ulcéro-caséuses bilatérales: 165
- fibreuses unilatérales: 9
- fibreuses bilatérales: 12
- nodulaires unilatérales: 35
- nodulaires bilatérales: 27
- ulcéro-nodulaires unilatérales: 38
- ulcéro-nodulaires bilatérales: 80
- fibro-nodulaires unilatérales: 15
- fibro-nodulaires bilatérales: 18

soit : 573 cas

Parmi les formes chroniques 5 % ont présenté des hémoptysies.

28 % de ces malades ont été trouvés porteurs de B.W. positifs, 3 % ont été reconnus paludéens.

377 soit 74 % relevaient d'une thérapeutique active ; 26 % étaient incurables.

Ce chiffre peut paraître un peu faible. On peut l'expliquer ainsi: pendant les premiers mois du fonctionnement de l'établissement, le médecin-chef n'a pas été le maître exclusif en matière d'admissions. Certains malades ont été envoyés trop tard ou par erreur du fait d'une mauvaise compréhension du rôle de l'Hôpital Sanatorial.

Nous avons classé les 573 cas de tuberculoses chroniques en trois catégories :

- 1) Les malades à lésions localisées, ayant eu un pneumothorax.
- 2) Les porteurs de lésions localisées, n'ayant pu bénéficier d'un pneumothorax.
- 3) Les malades à lésions plus étendues non susceptibles d'être améliorés par le pneumothorax.

1) - Les malades à lésions localisées
ayant eu un pneumothorax :

Ils sont au nombre de 98 (soit 377) soit 23 %. Le plus souvent ils présentaient des infiltrats non homogènes sous-apicaux, ou, moins souvent apicaux assez étendus.

Rares ont été les :

- discrets infiltrats, type européen,
- les infiltrats ronds,
- les opacités sous-apicales non excavées.

Ces pneumothorax ont été tous pratiqués sous couvert des traitements antibiotiques appropriés (Streptomycine seule ou associée au P.A.S. buccal, à l'Isoniazide ces derniers mois).

Il a fallu les compléter dans 70 % des cas par des sections de brides : 67 ont en effet été pratiquées - 16 se sont révélées impossibles.

Celles qui ont pu être menées à bien,

furent en général très longues et difficiles et, conséquence inéluctable, 9 ont été suivies d'accidents (hémorragie, perforations). Encore faut-il mentionner que les crises liquidiennes ont été assez fréquentes, dont certaines invincibles (8 cas).

Au total sur les 98 pneumothorax pratiqués, n'ont donc pu vraiment en bénéficier que 54 malades.

Tout ceci explique que la cicatrisation des lésions n'ait pu être obtenue que dans un cinquième des cas et ceci après quatre et cinq mois de traitement pour les malades dociles.

Les autres pneumothorax pratiqués n'ont pu réussir qu'à stabiliser les lésions pour un autre cinquième des malades.

Tous les autres en raison d'un potentiel évolutif marqué dans des organismes fatigués, ont vu s'étendre peu à peu leurs lésions et la bilatéralisation survenir, toutes les fois qu'il n'a pas été possible de pratiquer une intervention chirurgicale (nous verrons plus loin que celles-ci sont peu nombreuses).

Comme nous l'avons dit plus haut, il est difficile de faire comprendre aux malades l'intérêt du traitement et il faut surveiller attentivement leur présence aux séances d'insufflation. Pendant celles-ci, rares sont ceux qui s'intéressent aux quantités insufflées. Ceux qui sont spontanément réguliers pour se faire insuffler se remarquent.

2) - Les porteurs de lésions localisées, n'ayant pu bénéficier d'un pneumothorax :

c'est à dire ceux :

- a) chez qui le pneumothorax n'a pu être pratiqué ;
- b) chez qui on a dû l'abandonner,
- c) qui n'étaient pas justifiables d'un

pneumothorax.

En tout : 223 cas.

a) il a été impossible de créer le pneumothorax en raison d'une symphyse pleurale dans 72 cas.

b) On a dû l'abandonner après complications de sections de brides ou crises liquidiennes chez 44 malades.

c) Enfin en raison de la mauvaise situation des lésions on a dû renoncer dans 39 cas à tenter un pneumothorax.

Ces malades furent soumis au même traitement que les précédents et comme chez eux on a parfois créé un pneumopéritoine destiné avec la cure hygiéno-diététique et les antibiotiques à permettre soit d'obtenir une guérison spontanée, soit de permettre de passer à un traitement chirurgical.

Quelques améliorations spontanées ou dues au pneumopéritoine et aux antibiotiques, sont survenues cependant (9). On a observé un nettoyage partiel ou une transformation fibreuse (46 cas).

"L'instant chirurgical" attendu, n'a pas toujours été saisi, le centre de chirurgie thoracique n'opérant pas plus d'un malade de l'Hôpital Guichard par semaine.

Le bilan chirurgical concernant le groupe de malades étudiés est le suivant :

Extra pleuraux : 18

Avec suites normales et stabilisation prolongée pour 16 d'entre eux.

Un a été longtemps victime d'une pleurésie purulente, qui a fini par disparaître grâce à la Streptokinase et aux antibiotiques.

Un autre a été mortel, par suite d'une faute d'anesthésie.

Un de nos jeunes malades (10 ans) a même été opéré des deux côtés à 8 mois d'intervalle.

Trois autres avaient des pneumothorax de l'autre côté.

Thoracoplasties : 9 cas, aucun échec.

Lobectomies : 4 cas

- Deux sans aucune complication,
- Une fistule bronchique longue à se fermer (6 mois).
- Un mort.

Les formes pleurales pures ont été assez nombreuses : 28 cas. Elles ont été d'un meilleur pronostic général, puisque 15 sont sorties stabilisées. Il a été pratiqué 7 pneumoséreuses.

Cependant là encore, les formes vraiment stabilisées, ayant conservé un an après la sortie de l'Hôpital un état voisin de celui de la sortie sont rares. La norme pour les 3/4 de ceux que l'on n'a pu opérer, a été une évolution lentement fatale.

3°) - 125 malades étaient porteurs de lésions non susceptibles d'être améliorées par un pneumothorax.

Il s'agit donc là du tiers des malades considérés comme n'étant pas incurables.

Il s'agissait le plus souvent de lobites ou d'infiltrats polyexcavés d'un sommet avec semi-nodulaire croisé ou ulcérations sus-apicales de l'autre côté.

Il n'a été observé qu'une seule forme miliaire dite froide.

Les associations avec d'autres tuberculoses étaient fréquentes :

En tout premier lieu avec les pleurales (17 cas).

les ganglionnaires, (14 cas) qui ont assez bien réagi au Tb 1.

Viennent ensuite les laryngées (8 cas)
les méningites (4 cas)
les péricardites (3 cas).

Malgré les antibiotiques et l'emploi étendu du pneumopéritoïne, l'évolution a souvent été marquée de poussées évolutives, de perforations et de leur habituel cortège.

L'aspiration continue, les lavages et surtout l'Isoniazide, n'ont permis de stabiliser que 8 de ces malades et d'en améliorer 12..

Pour les autres, ils n'ont pas réagi au traitement et ceux qui n'ont pas quitté l'Hôpital avant sont morts en quelques semaines ou mois.

Au total sur les 607 malades examinés on a constaté :

- 91 décès,
- 133 aggravations
- 246 résultats nuls
- 68 améliorations
- 48 stabilisations
- 21 guérisons paraissant fermes.

Donc on peut dire que les bons résultats n'atteignent que : 22,2 %.

Peut-être ce chiffre est-il un peu faussé, en moins, parce qu'il a été impossible de suivre tous les malades.

Par contre on est bien obligé de faire des réserves sur la stabilité de certains "bons résultats", l'établissement ne fonctionnant que depuis moins de trois ans.

CHAPITRE IV

LA QUESTION SOCIALE

-:-

Comme nous l'avons vu plus haut, les tuberculeux pulmonaires indigènes sont soignés directement dans les D.A.T. et à l'Hôpital sanatorial GUICHARD, établissements fonctionnant en régie sur le budget de la Direction de la Santé et de la Famille du Protectorat.

Le problème de l'ASSISTANCE matérielle et morale à ces malades et surtout, comme c'est souvent le cas, à leurs familles, est on le conçoit non moins important à résoudre que celui de l'Assistance Médicale gratuite.

C'est au "Service Médico-Social" de la Direction de la Santé et de la Famille, qu'il appartient de coordonner ou de provoquer les diverses modalités de cette assistance.

Le bénéfice de ces mesures n'est toutefois assuré que lorsque le malade consent à se soigner d'une manière normale et ce sur proposition du ou des phtisiologues traitants qui peuvent également demander l'arrêt de l'Assistance toutes les fois que ça leur paraît nécessaire.

L'Etat s'est préoccupé de créer une législation en faveur de ses agents. Ceux-ci jouissent maintenant de très importantes garanties financières.

La législation en faveur des salariés du secteur privé et des travailleurs indépendants est pour l'instant moins complète, mais elle est fonction du développement économique et social du pays.

Tout ceci explique les différences qui existent dans la forme de l'Assistance selon

que le malade est :

- A - Agent de l'Etat chérifien ou des collectivités publiques assimilées.
- B - Salarie du secteur privé.
- C - d'un malade n'entrant pas dans une des catégories précédentes.

Pour les malades des catégories A et B, dès qu'ils sont reconnus, ils peuvent cesser immédiatement leur travail sur présentation d'un certificat médical, en vertu du principe "Sans repos, pas de guérison". Dans un délai toujours court, ils reçoivent une part de leur traitement ou salaire.

Pour ce qui est de l'assistance matérielle, voici l'essentiel des dispositions prises :

A - Les agents de la Fonction publique :

Leur cas est réglé par la circulaire 30 S.P. qui précise que :

1°) Les TITULAIRES touchent leur traitement complet pour une période de six mois, renouvelable, jusqu'à un total de trois ans.

2°) les TEMPORAIRES, s'ils ont été six mois au moins au service de l'Etat, touchent pendant dix-huit mois les deux tiers de leur salaire et la totalité de leurs allocations familiales. S'ils ne peuvent reprendre leur emploi après ce délai, ils sont pris en charge par la Ligue Marocaine contre la Tuberculose (L.M.T.) dont nous parlerons plus loin en détail.

3°) Les JOURNALIERS de l'Etat, même dispositions mais la durée de service minimum est portée à 16 mois.

Les malades titulaires peuvent se faire soigner par le phthisiologue de leur choix.

Les temporaires et les journaliers ne peuvent l'être que par un phthisiologue fonctionnaire.

Quelle que soit leur catégorie ils doivent se présenter tous les six mois devant le "Conseil de santé" régional (où siège le médecin consultant régional de phthisiologie) qui selon leur état prend toute mesure utile.

B - Les Salariés du Secteur privé :

Dans la mesure où leur employeur est en règle avec la "CAISSE D'AIDE SOCIALE", ils perçoivent les deux tiers de leur salaire (moins leurs allocations familiales) pendant un an. Ceci leur est versé par le "Service Médico-Social" de la Direction de la Santé (règlement intérieur S.M.S. du 1er janvier 1952).

Le service médico-social reçoit les fonds nécessaires (uniquement pour les marocains) de la CAISSE D'AIDE SOCIALE.

Celle-ci est régie par le Dahir et arrêté résidentiel du 22 avril 1942 modifiés par les dahirs du 1er mai 1944 et l'arrêté résidentiel du 12 mai 1944.

La caisse reçoit des employeurs une cotisation représentant 2,5 % du salaire, 1,5 % sont reversés au Service médico-social qui seul est compétent en matière d'assistance aux Marocains.

Lorsqu'un salarié tombe malade les allocations familiales ne sont plus versées car elles étaient financées avec le 1 % restant de la cotisation des affiliés. Celle-ci s'arrêtant avec le travail, la caisse d'aide sociale ne peut continuer à les verser.

En cas d'hospitalisation, les salariés voient leurs prestations diminuées de 20 %.

Les frais d'hospitalisation sont payés par la municipalité du domicile s'il s'agit d'un citadain, pendant un an.

Passés ces douze mois, ou s'il s'agit d'un malade du bled, les frais d'hospitalisation sont prélevés sur le budget "Assistance" du Service médico-social.

Les anciens militaires tuberculeux bénéficiaires de l'article 115 du code des pensions (ex article 64) doivent s'ils sont hospitalisés, payer les frais avec leur pension et se faire soigner dans un hôpital militaire. Celui de Marrakech ne possédant pas de service de phthisiologie, ces malades viennent à l'Hôpital GUICHARD.

Nous voyons donc que certaines catégories de malades ne bénéficient d'une aide financière légale que pendant une durée souvent courte en regard d'une maladie comme la tuberculose.

A l'expiration des délais prévus ils ne sont pas pour autant abandonnés et le Service médico-social les fait alors s'il y a lieu prendre en charge par :

LA LIGUE MAROCAINE CONTRE LA TUBERCULOSE
(L.M.T.)

C'est une association régie par le Dahir du 24 mai 1914 modifié par ceux du 5 juin 1935 et du 12 mars 1952.

Elle a pour but de coopérer à la lutte contre la tuberculose organisée par l'Administration du Protectorat.

Son action est menée par des comités régionaux chargés de susciter et de développer dans leur région les efforts de propagande, d'entraide et d'éducation sanitaire que réclame la lutte antituberculeuse.

Le médecin-chef régional préside effectivement ses réunions, auxquelles assistent les phthisiologues. Un Secrétaire général, siégeant à Rabat, coordonne les activités de la Ligue. On mesurera toute

l'importance de la L.M.T. lorsqu'on saura que le secrétaire général se trouve être actuellement Monsieur le docteur SANGUY, Directeur-adjoint de la Santé publique et de la Famille.

Les ressources de la ligue proviennent essentiellement de la campagne annuelle du Timbre, mais aussi :

- de la campagne de solidarité franco-marocaine,
- d'un prélèvement de 5% sur les cinémas, théâtres, manifestations sportives ou commerciales (foires),
- de galas spéciaux organisés en sa faveur,
- de fonds provenant du budget général du Protectorat.

Son rôle est extrêmement important puisque c'est elle qui, comme nous l'avons vu, non seulement prend en charge tous les agents de l'Etat ou les salariés du secteur privé à partir du moment où ils n'ont plus droit aux prestations, mais encore et surtout, aide tous les malades indigènes qui n'entrent pas dans les catégories précédentes ainsi que les anciens militaires non pensionnés.

Les artisans, les petits commerçants, les agriculteurs indigènes n'étant pas jusqu'à tout récemment tenus de s'affilier en tant que patrons ou travailleurs indépendants à la caisse d'aide sociale, on voit combien est importante cette catégorie de malades sans statut social.

La L.M.T. distribue des SECOURS qui peuvent se classer en deux catégories :

- A - ceux qui sont définis et sont attribués à l'ensemble des malades :

1°) Secours de base : actuellement fixé à 2.400 Fr par mois quelle que soit la position de famille.

2°) Le secours pour charges de famille qui est de 600 Fr par personne à charge et par mois.

B - Les secours laissés à l'appréciation des assistantes sociales moyennant justification devant le comité régional de la ligue : prélevés sur une provision accordée par la L.M.T. au Service Médico-Social. Ce sont des sommes destinées à aider d'une manière exceptionnelle les malades ou leurs familles en difficulté et en tous domaines tels que : paiement du loyer, achat de matériel professionnel pour un malade en réadaptation, etc...

Précisons que :

- En cas de décès d'un tuberculeux agent de l'état et chargé de famille, le mandat de la mensualité qui suit le décès peut être réversible au bénéfice de la famille.
- Si le malade décédé était secouru par la L.M.T., le secours peut être maintenu pendant les trois mois théoriquement nécessaires au recasement de la famille.

On ne saurait trop souligner le rôle capital de toutes les mesures que nous venons de voir pour inciter les malades à se soigner.

C'est beaucoup plus pour le secours (en ce qui concerne ceux qui ne sont pas payés par l'Etat ou un employeur) qu'avec la foi en la médecine que la plupart des marocains consentent à se confier à un médecin dont ils attendent une guérison très rapide quasi miraculeuse.

Si celle-ci tarde à se produire, le secours est là pour aider puissamment à maintenir le malade dans l'orbite du dispensaire ou à l'Hôpital.

Pour conclure ce chapitre, nous voudrions

souligner l'effort incessant et combien lourd parfois, du Service social placé sous la direction de l'assistante régionale et confié aux assistantes d'hôpitaux et de D.A.T.

C'est par elles non seulement qu'est possible le dépistage systématique et la prophylaxie, comme nous l'avons vu, mais la surveillance des malades avant et après leur hospitalisation, l'aide aux familles avec la grande responsabilité de distribuer, souvent en espèces, l'aide financière allouée.

Qu'on se souvienne qu'elles travaillent dans un pays où l'état civil vient à peine de naître, où les gens ignorent souvent leur filiation, leur adresse, et en général l'Hygiène élémentaire.

CHAPITRE V

LES FACTEURS ETIOLOGIQUES

-:-

Cette physionomie bien particulière de la tuberculose indigène, faite de précocité, de gravité et bien souvent d'incurabilité est le fait de facteurs divers que nous avons classés pour plus de clarté en :

- a) Facteurs sociaux ;
- b) Facteurs ethniques ;
- c) facteurs médicaux ;

bien qu'ils soient intimement intriqués et que le rôle particulier de chacun d'eux ne soit pas toujours facile à déterminer.

a) - Les facteurs sociaux : Les uns tiennent au mode de vie traditionnel des indigènes. Les autres sont liés aux bouleversements profonds et rapides que la naissance du pays à la vie moderne a apporté à ce mode de vie.

Celui-ci présente des aspects un peu différents dans les campagnes et à la ville. Nous les aborderons donc brièvement séparément.

1 - Dans le "bled" :

Malgré quelques progrès, le paysan est toujours mal logé, mal vêtu, mal nourri et sale.

Ceci tient sans aucun doute en partie à un premier facteur :

a) Le Paupérisme : Pour certain qu'il soit, son rôle n'est pas de premier plan à côté de celui de :

b) l'Ignorance et du Fatalisme inhérents à l'Islam quel que soit le milieu social.

c) l'Habitat : qu'il s'agisse de tentes Khaïmas ou de huttes de chaume (nouallas) ce sont des habitations sombres, mal closes, n'offrant qu'un abri très insuffisant contre le froid (la nuit surtout), la pluie et le vent. Ceci implique la nécessité d'un sommeil pris étroitement en commun.

Les maisons des notables en pisé (mechtas) sont mieux closes et comportent toujours plusieurs pièces.

d) le vêtement : Sauf à la rigueur pour le chef de famille, s'il est passable en été, il ne l'est presque jamais en hiver.

e) l'alimentation : est toujours insuffisante.

En quantité elle se situe entre 1.500 et 2.000 calories pour un travail pénible.

En qualité : elle comporte trop de glucides et pas assez de protides.

Les enfants toujours nombreux, ne sont guère sevrés avant deux ans passés. Dès qu'ils pleurent on leur donne le sein ou des sucreries très sales.

Les adultes prennent leur repas, à des heures guère plus régulières.

f) L'Hygiène : Qu'il s'agisse de l'hygiène personnelle ou collective, elle est à peu près nulle.

Les fellahs se lavent peu et le plus souvent sans savon. Les plats ou verres dont ils se servent sont mal lavés et essuyés avec des chiffons, dont ce n'est pas l'unique usage...

Le sol est souillé d'expectorations, de détritrus, d'excréments d'animaux, d'où beaucoup de mouches et d'insectes.

Les enfants, jusqu'à leur sevrage, vivent attachés au dos de leur mère et participent avant et après cette date à presque tous les déplacements de la famille, dans de très mauvaises conditions.

2 - Dans les Villes.

a) L'habitat : il bénéficie d'avantages comme l'eau potable à proximité et la possibilité d'utiliser l'électricité. Mais, pour des raisons diverses : cherté des loyers et aussi habitudes traditionnelles, la famille marocaine vit avec une moyenne de 3,5 m² de surface par habitant dans la médina de Marrakech et un cubage d'air en proportion de 4 ou 5 m³ (la normale étant de 20 m³). En général, chaque famille de 8 à 10 personnes ne dispose que d'une pièce sombre et mal aérée. L'entassement des maisons et l'étroitesse des rues s'ajoutent encore aux effets de la promiscuité des logis.

Comme il fallait s'y attendre, ce sont les quartiers les plus pauvres, là où l'entassement est le plus grand, que l'on trouve le plus de malades.

Par exemple à Marrakech: les quartiers de la Kasbah, de Bab Aïlen, du Riad el Arous.

Mais nombreux dans les villes sont ceux qui n'ont pas de foyers et vivent dans des "fondouks", sortes d'auberges où les conditions d'hygiène sont effroyables.

Qu'ils soient musulmans ou israélites, les petits commerçants, les artisans, leurs commis ou leurs apprentis, toujours très jeunes, passent leurs journées dans de minuscules boutiques, mal aérées et fort sombres.

Les écoles coraniques, où un instituteur-prêtre apprend aux enfants à réciter et à lire le Coran (pour les pauvres ce sera leur seule instruction), sont également installées dans des locaux fort sordides.

La situation n'est guère meilleure dans les Universités coraniques (les Médersas), où se forment les "Talebs", futurs prêtres et jurisconsultes musulmans. Ceux-ci vivent misérablement à plusieurs dans des sortes de cellules monacales, fort mal entretenues.

Bien que l'on ait pu fortuitement acquérir la preuve, qu'à Marrakech du moins, il existe des foyers latents de tuberculose dans les Médersas et écoles coraniques, le mépris de l'Occident qui y règne est tel qu'on ne peut absolument pas y faire du dépistage systématique.

b) L'alimentation : Du fait du paupérisme général, elle est encore plus médiocre que dans les campagnes bien souvent. Les citadins, comme les campagnards, mangent très peu de viande, mais boivent par contre de nombreuses tasses de thé à la menthe en bavardant avec des parents ou amis. Beaucoup d' "hommes à tout faire" (souvent en chômage), d'apprentis ou d'étudiants se contentent souvent de quelques légumes, fruits ou dattes pour leurs repas. D'autre, tels les serviteurs, plantons des administrations, ouvriers des usines d'alimentation ou de conserves (SAFI), sont mieux nourris.

c) Le vêtement et l'hygiène : Ils sont presque aussi médiocres que dans le bled avec des différences selon le niveau social. En effet, les marocains aisés disposant de plusieurs pièces peuvent vivre dans de meilleures conditions, par exemple isoler un malade ; mais la mentalité restera la même et ce malade ne cessera de

recevoir des visites de parents et d'amis qui l'embrasseront et partageront sa vaisselle.

d) La position sociale : le célibat semble être un facteur aggravant. Chez les malades hommes dépistés ou traités à l'Hôpital 36 % étaient célibataires.

Souvent il s'agit de berbères venus récemment de leurs montagnes, parfois du versant saharien de l'Atlas. Leur pauvreté et leur désir d'accumuler le plus vite possible de quoi revenir riches dans leur village, les incitent à travailler à n'importe quoi et à se priver d'une alimentation normale. Pas mal d'entre eux étaient d'anciens militaires pensionnés au titre de l'article 115 du code des pensions.

Chez les femmes, le célibat est assez rare : 15 %.

Le maternité ne semble pas être un facteur aggravant, puisque nous avons trouvé parmi les 85 % de malades mariées :

- 16 % ayant eu plus de deux enfants,
- 38 % de un à deux,
- 36 % de mariées sans enfants.

On trouve un assez grand nombre de prostituées parmi nos malades.

h) - Les facteurs raciaux : Sauf chez les musulmans métissés de nègre, nombreux dans la région de Marrakech, dont il semble bien qu'ils soient plus sensibles que les autres à la tuberculose pulmonaire, on peut dire que le facteur racial, qu'il s'agisse d'Arabes, de Berbères ou de Juifs, est loin d'avoir l'importance du facteur social.

Comme nous l'avons vu ou constaté par contre, d'une manière générale pour toutes les catégories de lésions, un pourcentage

de musulmans plus élevé que celui des Israélites, toutes choses égales d'ailleurs. Il faut voir là un facteur de résistance strictement racial dû au fait que l'israélite citadin depuis toujours est partiellement adapté au bacille de Koch, contrairement au musulman, moins souvent allergique de par son origine paysanne plus fréquente.

Les facteurs raciaux et sociaux s'intriquent sur ce point, car s'il existe des israélites aisés, vivant à l'européenne, comprenant la nécessité de l'isolement des malades en raison de la contagion (dont ils ont très peur pour eux-mêmes) et un peu mieux que les musulmans les nécessités du traitement, il en est de pauvres qui vivent aussi mal que les musulmans et conçoivent à peine mieux la maladie et ses conséquences.

Cependant, il existe une réelle différence entre les deux mentalités en ce qui concerne les facultés d'adaptation.

Alors que les israélites se mettent dès qu'ils le peuvent à vivre à l'européenne, les musulmans, même fort riches continuent dans leur grande majorité à vivre et à penser à leur manière orientale.

Ils ne viennent consulter pour eux-mêmes ou leurs enfants (que pourtant ils aiment beaucoup) que lorsque la maladie devient vraiment grave. Malades, ils refusent de se soigner correctement ou de laisser soigner les leurs.

Ils n'ont, comme nous l'avons vu, aucune notion de la contagion et on ne peut que rarement leur faire comprendre qu'il ne faut pas cracher par terre (même les femmes musulmanes crachent) ou embrasser les autres quand on est tuberculeux pulmonaire.

Quant à l'hospitalisation, nous avons vu avec quelle peine ils l'acceptent et avec quel mal on garde un malade à l'Hôpital Sanatorial GUICHARD.

Pour eux la médecine n'est valable que si elle guérit en quelques semaines avec une série de piqûres et une douzaine de comprimés.

c) - Les facteurs médicaux.

a) Les facteurs de contamination :

Les conditions principales pour une rapide extension de la tuberculose sont comme on l'a vu réunies dans le milieu indigène rural en raison des faibles index tuberculiniques : le développement des communications est tel que les blédards se contaminent très facilement (et d'une manière grave très souvent) en allant à la ville pour leurs affaires ou sont contaminés lorsqu'un des leurs revient malade au village : un ancien militaire par exemple.

Cependant dans le bled, les foyers restent souvent familiaux en raison d'une certaine autonomie des habitations.

Mais c'est surtout en milieu urbain que jouent les facteurs sociaux et raciaux analysés plus haut.

La contamination des villes indigènes est en effet extrêmement forte du fait :

- de la mentalité des malades,
- de la difficulté de les isoler,
- de la prépondérance des lésions étendues très sécrétantes et hautement bacillifères.

ce qui explique le niveau élevé de la morbidité tuberculeuse.

b) Le terrain :

Les sujets anergiques sont en effet

soumis à une contamination massive et répétée, s'exerçant très souvent sur des organismes en état de déficience profonde.

C'est avant tout le cas des enfants marocains, dont la mortalité de 0 à 5 ans dépasse 50% de la mortalité générale et que sur 100 enfant musulmans 30 meurent la première année et 40 à peine atteignent la cinquième (Dr Charles SANGUY).

Il est presque toujours hypotrophique, mal tenu, couvert de pyodermites, de maladies oculaires ou parasitaires.

Enfin, il faut mentionner au point de vue "terrain" la fragilité pleurale de l'indigène marocain qui contraste avec son extraordinaire résistance péritonéale. Peut-être son poumon a-t-il une débilité particulière vis-à-vis des toxines bacillaires, ce qui expliquerait l'importance du potentiel évolutif ?

Il semble que l'on puisse dire que le pouvoir contaminateur du milieu joue autant en ce que concerne les réinfections, qu'en ce qui concerne la tuberculose initiale.

La réalité très vraisemblable de surinfections de tuberculeux déjà évolutifs expliquerait peut-être pourquoi, en Médina du moins, il est très rare d'observer la guérison des tuberculeux pulmonaires en l'absence d'hôpitaux de ségrégation ou de pendants de l'Oeuvre GRANCHER.

L'école d'Alger a en effet montré depuis 1946 que la virulence du bacille de Koch est identique chez le tuberculeux indigène et chez l'europpéen.

Enfin, il ne faut pas oublier que les organismes indigènes manquent également de résistance parce qu'ils sont déjà minés par d'autres maladies et nous dirons maintenant

quelques mots :

c') Des associations pathologiques :

1°- Tuberculose et paludisme.

Il semble établi que le paludisme aigu prédispose à la tuberculose et en favorise l'éclosion. Il aggrave une tuberculose préalablement constituée.

GILLET recherchant les index tuberculini-ques lors de la récente campagne de vaccination par le B.C.G. a montré que le paludisme évolutif entraînait une inhibition de l'allergie.

Par contre, il a constaté que dans les régions peu impaludées ou le paludisme revêt une allure chronique (index splénique élevé), il y a plus de réactions positives à la tuberculine. Les hématozoaires, leurs pigments malariques et les déchets cellulaires tantôt exciteraient le système réticulo-endothélial, d'où réaction favorable sur la tuberculose, tantôt ils l'inhiberaient, d'où action défavorable anergisante sur le Bacille de Koch.

2°- Tuberculose et syphilis.

La syphilis est fréquente en milieu indigène. Son rôle est sans doute très variable d'un individu à l'autre.

A son stade primo-secondaire, elle débilite l'organisme et favorise certainement l'éclosion ou l'évolution d'une tuberculose. Au stade tertiaire, elle modifie le terrain local bronchique et pulmonaire. Quoiqu'on en ait dit, l'action du processus fibreux ne semble pas toujours favorable : s'il limite l'extension de la tuberculose, il empêche souvent la collapsothérapie d'exercer son action cicatrisante.

3°- Les parasitoses intestinales vien-

nent de façon courante débiliter encore ces organismes déjà souvent très atteints : lamblas, tréchromonas, ascaris, toenias, sans parler des amibes, se retrouvent facilement à l'examen de selles, si on veut bien le pratiquer.

Terminons en disant que l'intrication des facteurs sociaux, raciaux et médicaux se manifeste dans ce fait que les israélites, citadins, casaniers, sont moins souvent paludéens. Monogames, ils sont moins atteints par les maladies vénériennes. Enfin, ils sont moins parasités.

CHAPITRE VI

C O N C L U S I O N S

-:-

1°) - Dans la région de Marrakech, la Tuberculose pulmonaire est très répandue en milieu indigène.

2°) - Les malades présentent, dès le premier examen, dans les $\frac{2}{3}$ des cas des lésions déjà importantes :

Selon la statistique du D.A.T. de Marrakech :

- 41,5 % sont bilatérales ;
- 26 % unilatérales mais étendues.

3°) - Majorité de formes ulcéro-caséeuses et ulcéro-nodulaires.

Fréquence des troubles de ventilation dans les tuberculoses post-primaires.

On ne peut que rarement observer les formes aiguës.

Rareté assez surprenante des formes hémoptoïques.

4°) - Les nourrissons et les jeunes enfants représentent $\frac{1}{5}$ des formes graves dépistées. Age phthisiogène plus précoce. Par ailleurs fréquence sensiblement plus élevée chez :

- Les musulmans,
- Les femmes,
- Les métis ayant du sang noir.

5°) - L'évolution est souvent rapide, la tuberculose brûle les étapes ou est d'une seule tenue.

6°) - Tout ceci peut s'expliquer par :

a) Des facteurs sociaux :

- paupérisme, insuffisance de l'habitat, du vêtement, de la nourriture.

- Mauvaise hygiène (ou absence d'hygiène) ; incompréhension des notions de contagion et de traitement prolongé.

- Développement extraordinaire, pour un pays hier encore féodal, des communications et des échanges.

b) Des facteurs médicaux :

- contamination massive des villes et par contre faibles indices tuberculiniques des campagnes.

- fréquence des associations pathologiques.

c) Des facteurs psychiques :

- laisser-aller, fatalisme religieux, mépris de l'Occident.

7°) - A l'Hôpital Guichard malgré de bonnes conditions géographiques, climatiques et techniques les résultats favorables n'ont pas dépassé 22%.

En effet sur 607 malades entrés et sortis depuis décembre 1950 on ne trouve que :

- 68 améliorations,
 - 48 stabilisations,
 - 21 guérisons apparentes de plus de deux ans.
- Car :

8°) - Malgré les bons effets du Pneumopéritoine d'indication aussi large que possible la thérapeutique a trop souvent été inopérante en raison :

- de nombreux échecs du Pneumothorax : brides insécables, crises liquidiennes témoins trop fréquents d'une fragilité pleurale certaine ;
- de cures trop courtes : les malades ne con-

çoivent pas les contingences du traitement sanatorial de la tuberculose pulmonaire. Un grand nombre sortent contre avis médical ou par évasion ; la moyenne de séjour est cependant en progression : 5 mois actuellement, car on n'a rien négligé, sous tous rapports, pour que l'indigène se trouve bien et reste le temps nécessaire.

On ne doit donc hospitaliser, sous peine de perdre son temps et surtout beaucoup d'argent, que des formes graves de tuberculose initiale, les formes chroniques pas trop évoluées et des malades jeunes capables de se plier à la discipline de la cure simple, qui, chaque fois que c'est possible, est instituée à l'entrée pour tâter la docilité du malade.

9°) - Par ailleurs vont entrer en service en 1953 où vont être construits :

- un asile de chroniques incurables à proximité de l'Hôpital Guichard,
- un nouveau dispensaire,
- un bloc chirurgical dans l'enceinte du sanatorium.

10°) - Il faudra doubler encore la capacité hospitalière de cet établissement de façon à pouvoir entreprendre un dépistage systématique de la population, surtout des mines, des industries alimentaires et des collectivités musulmanes réfractaires.

11°) - Auparavant il est indispensable :

- De faire une propagande inlassable ; de répandre l'instruction.
- D'étoffer la législation sociale ; d'accélérer la création de l'état civil.
- D'organiser une surveillance rigoureuse des transplantés.

12°) - Au Maroc comme partout il faudrait surtout élever le niveau de vie. Ce ne pourra être que très long et vu l'état de développement du pays on ne pourra en attendant augmenter beaucoup le nombre de lits de cure. Tout ceci explique donc parfaitement la décision prise par la Direction de la Santé Publique et de la Famille de vacciner en masse les populations indigènes.

La vaccination qui est terminée provisoirement depuis un an a permis de tester 1.700.000 sujets et d'en vacciner 600.000 (par voie intra dermique).

La région de Marrakech et tout le Sud ont été spécialement vaccinés en raison de leurs populations rurales souvent attirées vers les villes. Les écoles Franco-musulmanes ou israélites ont également été choisies.

Peut-être l'allergie ainsi produite sera-t-elle insuffisante et y aurait-il intérêt à employer la méthode préconisée au Brésil par de ASSIS.

-:-

Vu :	Vu :
Le Président :	Le Doyen :
Signé : E. BERNARD.	signé : BINET.

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
signé : JEAN SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- 1 - ALBOU
Tuberculose des travailleurs indigènes dans les grandes villes.
Thèse, Alger 1930.
- 2 - ARNOULD
Origines de la tuberculose en Afrique du Nord.
Presse médicale, 9 - 1937.
- 3 - BERNARD (Pfr.E.) et KREIS (B)
Sur les tuberculoses pulmonaires graves.
Le Poumon - 1945 N° 1.
- 4 - CHENEBAULT (J.)
Tuberculose chez l'indigène musulman.
Maroc médical 8/9 - 1946, p. 118 et suivantes.
- 5 - CHENEBAULT (J.)
Plan de la lutte antituberculeuse dans les milieux indigènes musulmans marocains.
Maroc médical 8/9 1946, p. 123 et suivantes.
- 6 - CHENEBAULT (J.)
Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire de l'enfant marocain en milieu citadin.
Maroc médical 10 - 1948, p. 70 et suivantes.

- 7 - CHENEBAULT (J.)
La notion de terrain dans la tuberculose en Afrique du Nord.
Maroc médical 11-1951, p. 938 et suivantes.
- 8 - CAUVIN CDRF. et MAURY (P.)
L'aide sociale aux salariés.
Bulletin économique du Maroc n°46 1950.
- 9 - COLOMBANI et LAPIN
Tuberculose au Maroc -
Maroc médical 1933. n° 134, p.417 et suivantes.
- 10 - DELIGNE (M.)
Contribution à l'étude de la tuberculose au Maroc.
N°4 et 5 du Bulletin de l'Institut d'hygiène du Maroc, 1934.
- 11 - DELAFONTAINE (P.), DAMIENS (G.) et DIACRE (R.)
Remarques sur la tuberculose des ouvriers indigènes nord-africains travaillant dans la région parisienne.
Semaine des hôpitaux, 6-1-1951.
- 12 - ESUN
Etude sur la tuberculose pulmonaire dans le Souss.
Thèse, Paris - 1948.
- 13 - GAUD (J.) et MAGE (E.)
Epidémiologie de la tuberculose pulmonaire au Maroc.
Maroc médical - 1948, p. 339.
- 14 - GAUD (J.) et MAGE (E.)
La tuberculose pulmonaire au Maroc en milieu musulman.
Bull. Inst. Hygiène du Maroc 1947, p. 83.

- 15 - GILLET :
Contribution à l'étude de l'épidé-
miologie de la Tuberculose, l'Aller-
gie tuberculinique en fonction du
paludisme.
Thèse Paris 1950.
- 16 - LEVY-VALENSI (Pfr A.)
Exposé médical de la tuberculose en
Algérie.
Cahiers algériens de la Santé, N°1-
1946.
- 17 - LEVY-VALENSI (Pfr A.)
La tuberculose et la lutte antitu-
berculeuse en Algérie.
Algérie médicale, 2 - 1947.
- 18 - LEVY-VALENSI (Pfr A.)
Tuberculose et Paludisme.
Cahiers médicaux de l'Union fran-
çaise. 11 - 1950.
- 19 - LEVY-VALENSI (Pfr A.) et CIXOUS
La tuberculose évolutive des an-
ciens syphilitiques.
Sud médical et chirurgical
(15-9-1932)
- 20 - LOUBEYRE, FARKAS et MORERE
Tuberculose pulmonaire chez l'indi-
gène nord-africain entaché de palu-
disme et de syphilis.
Revue de la Tuberculose n°11-12-
1946.
- 21 - MAGE (Dr E.)
La lutte antituberculeuse au Maroc,
Maroc Médical, 1 - 1950, p. 144.
- 22 - RAULT, SAGUE, SAENTZ - MARTINEZ
Etude sur la Tuberculose à Tanger.
Maroc médical, 10-1948.

- 23 - SANGUY (Dr CH.)
Les formations sanitaires du Maroc.
Maroc médical 1- 1950.
- 24 - SANTE PUBLIQUE (Direction de la, au
Maroc)
Rapport sur l'activité des Services
pendant les années 1948 et 49.
- 25 - VENATOR
La collapsothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire
chez les indigènes du Maroc.
Maroc Médical, 2-9-1946.

SERMENT d'HIPPOCRATE

--:-

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes frères si j'y manque.

--:-

